

İnflamatuvar Kloakogenik Polip

INFLAMMATORY CLOACOGENIC POLYP: A CASE REPORT

Dr. Ertan BÜLBÜLOĞLU,^a Dr. Bülent KANTARÇEKEN,^b Dr. Harun ÇIRALIK,^c Dr. Hüsamettin YÜZER^a

^aGenel Cerrahi AD, ^bGastroenteroloji BD, ^cPatoloji AD, Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi, KAHRAMANMARAŞ

Özet

Nadir görülen inflamatuvar kloakogenik polip olgusunu sunduk.

Nadir görülen bir inflamatuvar kloakogenik polip olgusu klinik, operatif, patolojik bulguları ve bu konudaki literatür bilgisi gözden geçirilerek değerlendirildi.

Makatdan kanama, ağrı, ele gelen kitle ve zayıflama şikayetleri olan 39 yaşında erkek hastanın yapılan anorektal muayenesinde: Genepektoral pozisyonda saat 5 hizasında 2 cm'lik polipi mevcuttu. Eksizyondan sonra patoloji sonucu inflamatuvar kloakogenik polip olarak rapor edildi.

İnflamatuvar kloakogenik polip anorektal bölgede nadir görülen lezyonlardandır. Tubülovillöz yapı karakteristiktir. Genellikle rektal kanama ile müracaat etmektedir. Etiyolojisi açık değildir. Diğer anorektal patolojiler ile karışabilmekle beraber birlikteliği sıktır. Tedavi için eksizyonu yeterli olmakta nüksü çok az olan lezyonlardır.

Anahtar Kelimeler: Polipler, mukozal prolapsus

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:874-877

Abstract

A case of rare inflammatory cloacogenic polyp was evaluated with regard to clinical features, operative findings, histopathological findings in the light of the literature.

A polyp, 2 cm in diameter with a genopektoral position was detected during the anorectal examination of a 39-year old male patient with rectal bleeding, pain, palpable mass and weight loss. The polyp was excised and the histopathologic examination revealed an inflammatory cloacogenic polyp.

Inflammatory cloacogenic polyp is a rare lesion of the anorectal region. Its tubulovillous architecture is characteristic. The patient usually presents with rectal bleeding. The etiology is unclear. Although it may be confused with other anorectal lesions, concurrent lesions are frequent. Simple excision is adequate for cure and recurrence is rare.

Key Words: Polyps, mucosal prolapse

İnflamatuvar kloakogenik polipler (ICP) anal transizyonel zondan köken alan nadir poliplerdir.¹⁻⁷ ICP'li hastalar, rektal kanama, tenesmus, anal dolgunluk, ele gelen kitle gibi şikayetlerle doktora müracaat ederler.¹⁻⁶ Anorektal kitle oluşturan lezyonlarda ICP'ye benzer bulgulara sebep olması ve ICP'le beraber bulunabilmesi yüzünden ayırıcı tanıda önemlidir.¹⁻⁶ Biz nadir görülmesi ve diğer yaygın görülen anorektal lezyonlarla beraber sık görülmesinden dolayı bir ICP olgusunu sunduk.

Olgu Sunumu

Otuz dokuz yaşında erkek hasta makatdan kanama, ele gelen meme, ağrı, kilo kaybı ve kabızlık şikayetiyle genel cerrahi polikliniğine müracaat etti. Hastanın 10 yıldan beri hemoroid hikayesi mevcuttu. Altı ayda yaklaşık 5 kilo zayıflamıştı. Hastanın rektal kanamaları aralıklı olmakla beraber son 2 aydır sürekli olmaya başlamış. Öz geçmişte önemli bir özellik saptanmadı.

Tam kan, rutin biyokimya, tümör belirleyicileri, hepatit serolojisi normaldi. Anorektal muayenede genepektoral pozisyonda saat 5 hizasında anal kanalda 2 cm çapında kitle ve II. derece internal hemoroidleri mevcuttu. Yapılan kolonoskopide inen kolonda 5 mm'lik ve anal kanalda 2 cm'lik polipler görüldü. İnen kolondaki polipten biyopsi alındı. Patolojisi non-spesifik

Geliş Tarihi/Received: 02.04.2004 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17.01.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ertan BÜLBÜLOĞLU
Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi,
Genel Cerrahi AD, 46050, KAHRAMANMARAŞ
ertanbulbuloglu@mynet.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Tablo 1. Rapor edilen bazı ICP serilerinin karşılaştırılması.

	Araştırmacılar			
	Lobert (1981) ve ark. 8 olgu	Saul (1987) ve ark. 9 olgu	Kasthuri (1988) ve ark. 2 olgu	Levey (1993) ve ark. 3 olgu
Cinsiyet E/K	3/5	2/7	2/0	0/3
Teşhis yaşı	43-81	17-85	55-63	67-79
Rektal prolapsus	2/8	6/9	1/2	1/3
Polip boyutu (cm)	1-5	0.5-5	0.8-2	1-3
Hemoroidler	3/8	2/9	1/2	2/3
Crohn hastalığı	0/8	2/9	0/2	0/3
Karsinom	0/8	1/9	0/2	0/3
Divertikül	2/8	0/9	0/2	1/3
Nüks	0/8	3/9	0/2	1/3
Çoğul polip	2/8	3/9	0/2	0/3
Takip (ay)	48	0-56	Verilmemiş	15-44

kronik kolitis olarak rapor edildi. Kolonoskopide retrofleksiyonda görülen polipten biyopsi almak zor olacağı için kolonoskopiden sonra biyopsi alınması planlandı. Fakat hastanın anaskop veya el kılavuzluğunda alınacak biyopsiyi reddetmesi ve kitleden malign bir patoloji düşünülmeyeceği için kitlenin çıkarılması için operasyon planlandı.

Hastaya spinal anestezi altında jinekolojik pozisyonda yapılan operasyonda, anal kanalda saat 11 hizasında 2 cm çapındaki kitle 1 cm'lik sağlam mukozaya ile çıkarıldı. Hasta aynı gün taburcu edildi. Patoloji raporu ICP olarak rapor edildi (Şekil 1, 2).

Tartışma

ICP ilk olarak, 1981 yılında Lobert ve Appelman tarafından gösterildi.^{1,2} ICP, soliter rektal ülser sendromu (SRUS) ve/veya mukozal prolapsusla birlikte sık görülmektedir.¹⁻⁷ ICP ve SRUS'daki etiyolojik ve histolojik özellikler benzerdir. Etiyolojide her ikisinde de iskemik hasar önemlidir. Histolojide ICP'de epitelin yapısı anal transizyonel bileşke mukozasında bulunan epitele benzerdir. Yüzey skuamöz veya transizyonel epitel ile döşelidir. Kompleks tubülovillöz büyüme paterni ile birlikte değişik çap ve şekildeki kripler submukozaya doğru ilerler. Villöz ve tübüler yapılar da displastik özellik göstermeyen kolonik tip epitel izlenir. Muskularis mukozadan düz kas lifleri ile beraber proliferatif fibromusküler stromanın uzun, silindirik şeklindeki ince bantları, inflamatuvar hücrelerle infiltrate veya normal görünümdeki

lamina propria doğru yayılır. Normal kolonda sulfomusun dominant iken, ICP ve SRUS'da sialomusun predominanttır. Bu bulgular SRUS'da benzer olarak görülür.

Benzemeyen yönleri; SRUS 40 yaşından önce ortaya çıkar ve rektuma yerleşirken, ICP ortalama 60'lı yaşlarda ortaya çıkar ve transizyonel bileşkeye yerleşir.¹⁻⁷ Tablo 1'de ICP sunulan bazı serilerin özellikleri görülmektedir.

SRUS yaygın değildir ve rektal kanama, bol mukus dışkılama, tenesmus, tıkaçıcı dışkılama, (pelvik kasların defakasyon sırasında relakse olması gerekirken, kontraksiyon göstermesi, defakasyonu güçleştirmekte ve gaita önünde bariyer meydana getirmektedir) tam olmayan defakasyon ile karakterizedir. Tam olmayan boşalmanın sonucunda uzun süreli ıkınmalar meydana gelir. Sık ve uzun süreli ıkınmalarda genellikle rektumun ön duvarında iskemik ülserasyona yol açabildiği gibi mukozal prolapsusa, rektal intususepsiyon, rektal procidentia da neden olabilirler. En sık 20 ve 30 yaşlarda görülür ve 30 yaşından sonra kadın hakimiyeti ortaya çıkar.⁸⁻¹⁰

ICP, anorektal transizyonel bileşkeden ortaya çıktıkları ve inflamatuvar yapıları nedeniyle bu ismi almışlardır. Anorektal transizyonel bileşke normalde 0.6-1.2 cm uzunluğunda ve skuamöz, transizyonel, kübik veya kolumnar epitel ile örtülü olabilir. Bu epitellerde sıklıkla erozyonlar vardır.⁴ ICP genellikle tek, 1-5 cm çapındadır ve anal kanalın her yerinde olabilir.¹⁻⁶ Bizim hastada da ICP

tek, 2 cm çapında ve genopektoral pozisyonda saat 5 hizasında bulunmaktaydı. Olgumuzda SRUS ve mukozal prolapsus yoktu.

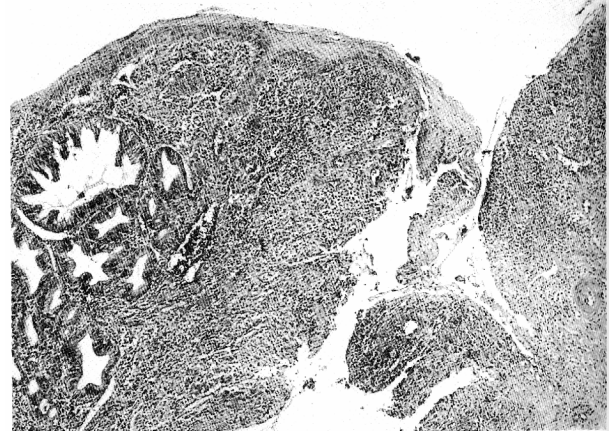
ICP SRUS ve/veya mukozal prolapsusla birlikte sık görüldüğünden en olası patogenik anahtar iskemik hasar olarak düşünülmektedir. İskemik hasarı takiben tamir cevabına bağlı gelişen polip olarak kabul edilmektedir.¹⁻⁷ Rutter ve Riddell SRUS'nun pelvik taban kaslarının gevşemesindeki yetersizlik nedeniyle defakasyonda fazla zorlama sonucu mukozal prolapsus ve iskemik hasara neden olduğunu gösterdiler.⁹

Hastamızın rektal muayenede anal kanalın tonusu normal, kitlenin sınırları belirgin, mobil ve yumuşak idi. İlk muayenede polip, anal fissürün hipertrofik papillası veya tromboze hemoroid bulgusu vermekteydi. Fakat hastanın anal fissürü yoktu. Kolonoskopik incelemede ise polip imajı vermekte idi. Retrofleksiyonda görüldüğünden kolonoskopik biyopsi ve eksizyon mümkün gözükmemekteydi. Operasyonda ise saplı polip imajı veriyordu. Etraf dokuyla çok rahat olarak ayrılmaktaydı.

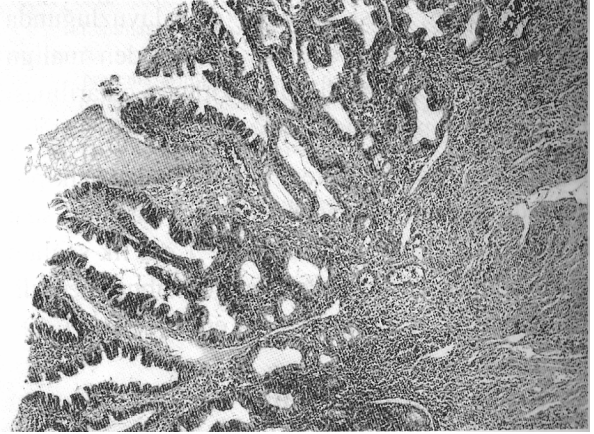
Bizim hastamızda olduğu gibi klinik bulgu genellikle rektal kanamadır. Diğer bulgular bağırsak alışkanlıklarının değişmesi, konstipasyon, tenesmus, anal dolgunluk ve anal kaşıntı gibi rahatsız edici bulgulardır. Toplumda özellikle yaşla artan hastalıklarla (hemoroid, kolon divertikülozisi gibi) sık olarak birlikte görülür. ICP'ye, distal adenokarsinoma, villoz adenoma, tübüler adenoma ve Crohn eşlik edebilir.¹⁻⁷

Crohn hastalığından anal bölgede lezyonlar gelişebilmektedir. Dokuz olguluk bir seride 2 olguda ICP ve Crohn hastalığı beraber bulunmuş ve ICP eksize edildikten sonra 1 yıllık takipte nüks görülmemiştir.³

Klinik ön tanı genellikle anal polip ve hemoroid olarak değerlendirilir. ICP tanısı genellikle patolojide konulur.¹⁻⁷ Bu polipler anal kanala yerleştiğinden, yumuşak ve fragil olduklarından kolonoskopi sırasında kolayca atlanabilirler.⁴ Ayrıca kolonoskopi yapılırken hasta ıkındırılırsa gizli veya aşkar prolapsus ortaya çıkar. Bu durum tedavide önemlidir.^{3,4}



Şekil 1. Sol tarafta yüzeyde skuamöz epitel bulunan dokuda submukozaya doğru ilerlemiş, değişik çaplarda, düzensiz görünümde ve displastik olmayan epitelle döşeli kriptler izlenirken diğer tarafta yüzeyde ülserasyon bulunan doku görülmektedir (Hematoksilen-Eozin x 10).



Şekil 2. Bir alanda ki çok katlı yassı epitel dışında tubulovillöz yapıda mukoza izlenen dokuda submukozaya doğru ilerlemiş değişik çap ve şekilde kript yapıları bulunmaktadır (Hematoksilen-Eozin x 20).

ICP, anorektal karsinomu taklit edebilir ve ayırıcı tanı için biyopsi veya rezeksiyon gerekebilir. ICP'nin malign transformasyona uğrayabileceği düşünülmekle beraber bu görüşü destekleyecek yeterli delil yoktur. Bundan dolayı ICP'de karsinom için yapılan görüntüleme ve takip programı önerilmemektedir. Fakat human papilloma virüs enfeksiyonu bulunan 2 ICP olgusunda şiddetli displazi odakları da gösterilmiştir.⁵ Bizim hastamızda yoktu.

Endoskopik polipektomi zor olduğundan tercih edilen tedavi semptomatik ise cerrahi rezeksiyondur.⁴ Cerrahi rezeksiyon genellikle semptomları rahatlatır ve polibin tam histopatolojik muayenesine izin verir.^{3,4} Uzamış ıkınmaya engel olmak için diyet önemlidir.³ Bazı olgularda low anterior rezeksiyon yapılmış fakat etkinliği kanıtlanmamıştır.³

Derleme yapılan 22 olguda rezeksiyon sonucu 3 olguda nüks görülmüş. Nükslerin hiçbirisi transizyonel bileşkeden gelişmediği için gerçek ICP olarak değerlendirilmemiştir. Bu nükslerin muhtemelen mukozal prolapsusla ilişkili olduğundan geliştiği düşünülmektedir.⁸

Özetle ICP anal transizyonel bileşkeden köken almaları ve tubülovillöz yapı karakteristik özellikleridir. Etiyoloji açık değildir. Mukozal prolapsus çoğu olguda bulunduğundan en önemli patolojik anahtar iskemik hasardır. ICP ve SRUS'nun etiyolojik ve patolojik özellikleri benzerdir. SRUS rektumda meydana gelen iskemik hasara karşı tamir cevabı iken ICP ise transizyonel bileşkede meydana gelen iskemik hasara karşı tamir cevabıdır.

KAYNAKLAR

1. Lobert PF, Appelman HD. Inflammatory cloacogenic polyp. A unique inflammatory lesion of the anal transitional zone. *Am J Surg Pathol* 1981;5:761-6.
2. Chetty R, Bhathal PS, Slavin JL. Prolapse-induced inflammatory polyps of the colorectum and anal transitional zone. *Histopathology* 1993;23:63-7.
3. Saul SH. Inflammatory cloacogenic polyp: Relationship to solitary rectal ulcer syndrome/mucosal prolapse and other bowel disorders. *Hum Pathol* 1987;18:1120-5.
4. Poon KK, Mills S, Booth IW, Murphy MS. Inflammatory cloacogenic polyp: An unrecognized cause of hematochezia and tenesmus in childhood. *J Pediatr* 1997;130:327-9.
5. Jaworski RC, Biankin SA, Baird PJ. Squamous cell carcinoma in situ arising in inflammatory cloacogenic polyps: Report of two cases with PCR analysis for HPV DNA. *Pathology* 2001;33:312-4.
6. Burke AP, Sobin LH. Eroded polypoid hyperplasia of the rectosigmoid. *Am J Gastroenterol* 1990;85:975-80.
7. Hanson IM, Armstrong GR. Anal intraepithelial neoplasia in an inflammatory cloacogenic polyp. *J Clin Pathol* 1999;52:393-4.
8. Levey JM, Banner B, Darrah J, Bonkovsky HL. Inflammatory cloacogenic polyp: Three cases and literature review. *Am J Gastroenterol* 1994;89:438-41.
9. Rutter KR, Riddell RH. The solitary ulcer syndrome of the rectum. *Clin Gastroenterol* 1975;4:505-30.
10. Kasthuri N, Savage A. Cloacogenic polyps: Clinical and pathological features. *Histopathology* 1998;13:574-6.